

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PÉRICYSTITES SUPPURÉES
A ÉVOLUTION INGUINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Novembre 1933

PAR

Victor-Marie LE MÉE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord), le 3 novembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président,
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly, 6

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933 - 1934. — N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PÉRICYSTITES SUPPURÉES
A ÉVOLUTION INGUINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Novembre 1933

PAR

Victor-Marie LE MÉE

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord), le 3 novembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	


BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly, 6

—
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. **POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT**

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	N.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. **MICHELEAU** (Médecine générale). **MURATET** (Anatomie pathologique). **GOLSE** (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). **PERY** (Obstétrique). **PERRENS** (Maladies mentales).

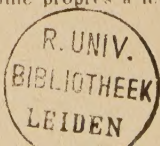
AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
id.....	DUFOUR.	id.....	CHARRIER.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	N.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	N.	Physique médicale.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DAMADE.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTÉ.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Histoire naturelle pharmaceutique.....	N.
Chirurgie générale.....	PAPIN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....			DELGUEL.
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma grande reconnais-
sance.

A MA FEMME

Gage de ma très grande tendresse.

A MA SOEUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MA BELLE-SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE
DE LA MARINE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PÉRICYSTITES SUPPURÉES
A ÉVOLUTION INGUINALE

INTRODUCTION

Au début de notre travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur Duvergey, qui nous fit le grand honneur de nous confier ce sujet de thèse. C'est lui qui nous en donna l'idée. Deux observations que nous publions avaient attiré son attention sur les péricystites suppurées à évolution inguinale.

Nous entendrons par péricystite l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant et autour de la vessie, et la cavité de Retzius en sera le siège le plus fréquent.

Les péricystites suppurées sont, à l'heure actuelle, relativement rares, car les malades qui en sont atteints viennent consulter dès le début de l'affection. C'est ce qui explique que les travaux relatifs à ce sujet remontent, pour la plupart, assez loin dans la littérature médicale.

Cependant, il est des cas torpides qui évoluent progressivement et ne sont vus que très tard, alors que le processus inflammatoire est déjà fort avancé.

Pour l'exposé de cette question, nous suivrons le plan suivant :

Anatomie;
Etiologie — Pathogénie;
Evolution et extension de l'abcès;
Diagnostic — Traitement;
Observations;
Conclusions;
Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

La région prévésicale et périvésicale est une des régions anatomiques dont la constitution a suscité le plus de controverses, et c'est ce qui explique que nous en trouvions de très nombreuses descriptions.

En 1856, l'anatomiste suédois Retzius en fait une description détaillée; il laissa d'ailleurs son nom à cette cavité prévésicale.

Charpy, Pierre Delbet, Paul Delbet (dans le *Traité d'anatomie* de Poirier) et Cunéo attachèrent ensuite leurs noms à la description de cette région. Par cet exposé, nous allons nous efforcer de montrer où en sont les connaissances actuelles.

La gaine postérieure des muscles droits de l'abdomen, formée par les aponévroses réunies des muscles petit oblique et transverse, s'arrête à 8 ou 9 centimètres environ au-dessous de l'ombilic, et elle se termine par une arcade à concavité inférieure plus ou moins prononcée, dont les parties latérales adhèrent au niveau du bord externe du muscle grand droit. Cette adhérence latérale se fait dans l'étendue de 1, 2 ou 3 centimètres, ou plus, de manière à former avec la partie médiane un cintre à concavité inférieure. Cette arcade, doublée par le péritoine qui y adhère, constitue les lignes semi-circulaires de Douglas.

A partir de ce point, la face postérieure des muscles droits, jusqu'au pubis, est dépourvue d'aponévroses résistantes. La première enveloppe n'est plus représentée en arrière que par une toile fibro-celluleuse, assez résistante en haut; on peut

y distinguer des fibres transversales plus ou moins abondantes, s'amincissant vite de haut en bas, de sorte qu'au niveau du pubis on ne trouve plus qu'une couche celluleuse mince et fragile. Elle se perd au-dessous de la symphyse pubienne et derrière le pubis et va se confondre avec le tissu cellulaire du plancher pelvien; cette couche est accolée, en haut, aux arcades de Douglas, sur les côtés, au bord externe des grands droits. Elle constitue le fascia transversalis, qui forme la paroi antérieure de la cavité. En bas, dans la moitié externe, le fascia transversalis s'implante solidement sur le fascia iliaca, qu'il rencontre à angle presque droit. Dans la moitié externe, lorsque l'aponévrose du grand oblique et le fascia iliaca se sont abandonnés, le fascia transversalis s'attache à l'arcade crurale de façon à former avec l'aponévrose du grand oblique une gouttière ouverte en haut.

En arrière de cette aponévrose se trouve un tissu cellulaire abondant et lâche surtout à la partie inférieure, derrière la symphyse pubienne, et au-dessous d'elle, se continuant avec le tissu cellulaire qui recouvre les fosses iliaques et les parties latérales et postérieures de l'excavation pelvienne. Cet espace est limité, en bas, par l'anopévrose pelvienne supérieure, dans l'espace qui sépare l'insertion du fascia transversalis en avant, de l'insertion de l'aponévrose ombilico-prévésicale de Delbet en arrière. En haut et latéralement, cet espace n'est pas clos, mais se continue avec l'espace sous-péritonéal.

En arrière de cette couche celluleuse, le fascia ombilico-prévésical et la gaine allantoïdienne de Delbet. Celui-ci en donne la description suivante ⁽¹⁾ :

« Le fascia ombilico-prévésical et la gaine allantoïdienne forment un appareil aponévrotique et celluleux accolé à la face antérieure du péritoine, qu'ils viennent renforcer, comme le fascia transversalis renforce, en avant, la face profonde de la paroi abdominale antérieure; c'est, en apparence, une

(1) Poirier, *Traité d'anatomie humaine*.

simple lamelle qui applique contre le péritoine, en haut, les vaisseaux ombilicaux et l'ouraque; en bas, la vessie et les artères ombilicales. En réalité, il existe plusieurs feuillets difficiles à séparer et à isoler, de manière à constituer des lames continues, mais qu'il est utile de distinguer, car ils ont une certaine importance au point de vue pratique.

L'aponévrose ombilico-prévésicale est, chez l'adulte, une lame qui descend en demi-cône de l'ombilic au plancher pelvien, en passant devant l'ouraque et la vessie. Elle est triangulaire, à sommet supérieur.

La face antérieure est triangulaire; elle est placée immédiatement en arrière de la paroi abdominale antérieure et du fascia transversalis. La face postérieure applique contre le péritoine, l'ouraque, la vessie, les artères ombilicales, enfermées dans la gaine allantoïdienne; elle adhère intimement à la vessie.

Le sommet s'arrête au voisinage de l'ombilic.

Les bords latéraux descendent en haut, le long des artères ombilicales, qu'ils débordent légèrement et viennent se perdre en s'amincissant, sur la face antérieure du péritoine; plus bas, le long des faces latérales de la vessie, ils se terminent exactement le long des artères. Arrivés dans l'excavation pelvienne, les bords, comme les artères ombilicales, se portent, obliquement en bas, en arrière et en dehors, arrivés en face de la paroi de l'excavation, ils quittent la vessie avec les artères ombilicales et viennent se fixer sur l'os iliaque, en avant de la grande échancrure sciatique, devant les vaisseaux iliaques internes.

En bas, l'aponévrose passe devant la vessie, en se mouvant sur elle, et prend contact avec le plancher pelvien. La partie moyenne placée devant la vessie, répond aux ligaments antérieurs de la vessie; latéralement, elle vient reposer sur l'aponévrose pelvienne supérieure. En dehors enfin, elle vient se perdre sur la gaine hypogastrique, qui représente, comme on le sait, la condensation du tissu cellulaire pelvien au-dessus et autour des tranches viscérales de l'hypogastrique.

L'aponévrose ombilico-prévésicale est mince, mais résistante et facilement isolable.

La gaine allantoïdienne est un cône conjonctif creux légèrement aplati d'avant en arrière, renfermant dans sa cavité vessie, ouraque et artères ombilicales.

A l'état normal, il n'existe pas de cavité, mais il faut très peu de choses, pour effondrer le tissu cellulaire, séparant l'aponévrose ombilico-prévésicale du fascia transversalis. C'est quand une suppuration se développe à ce niveau qu'il se produit réellement une cavité : la cavité de Retzius.

La cavité de Retzius s'étend sur toute la hauteur de la face antérieure de la gaine urinaire, c'est-à-dire devant la vessie et sur les faces latérales, jusque vers le rectum.

Le tissu cellulaire qui remplit cette cavité n'a pas partout le même aspect. Dans la portion ouraquale, il est peu abondant et lâche, alors que dans la portion vésicale et surtout au voisinage du fond du pelvis, le tissu cellulaire de la cavité de Retzius se charge d'une graisse d'autant plus abondante que le sujet est plus gras. Cette graisse est parcourue par quelques vaisseaux : les artères graisseuses venues de la honteuse interne, à travers les ligaments pubo-vésicaux, et les veines graisseuses qui vont se jeter dans le plexus de Santorini.

Ce tissu adipeux joue le rôle de séreuse prévésicale et facilite la locomotion de la paroi antérieure de la vessie sur la face postérieure de la paroi abdominale et de la symphyse. En arrière, il se met en contact immédiat avec les vésicules séminales et la terminaison du canal déférent. Les connexions sont intimes entre ces organes, et l'appareil génital profond est englobé dans un dédoublement fibro-musculaire.

Le canal déférent.

Il nous semble utile, dans ce court exposé anatomique de la région prévésicale et périvésicale, de rappeler en quelques lignes, le trajet du canal déférent, et ses rapports, car celui-ci

semble jouer un assez grand rôle dans la propagation et l'évolution de ces abcès.

En se séparant du conduit épидидymaire, auquel il fait suite, le canal déférent se dirige de bas en haut et d'arrière en avant, parallèlement à l'épididyme. Il s'étend ainsi jusqu'à la partie moyenne de ce dernier organe. Là il se redresse, et, se mêlant aux autres éléments du cordon, il se porte verticalement en haut, vers l'orifice externe du canal inguinal, dans lequel il s'engage et qu'il parcourt dans toute son étendue. Au sortir de ce canal, il traverse la fosse iliaque, descend dans l'excavation pelvienne, et gagne le bas fond de la vessie, où il se termine.

Dans le *canal inguinal*, il est accompagné des deux artères déférentielle et funiculaire, il est en avant du groupe veineux postérieur et en arrière du groupe veineux antérieur et de l'artère spermatique. — Un tissu cellulaire lâche l'unit à ces vaisseaux.

Portion abdomino-pelvienne. — Il est constamment situé au-dessus du péritoine. Sitôt après sa sortie du canal inguinal, le canal déférent décrit une courbe à concavité interne, qui croise en X l'artère épigastrique. Dans cette portion, le canal déférent soulève le péritoine pariétal et se trouve compris entre le feuillet séreux et le fascia aponévrotique.

Segment iliaque. — Très court, il est constitué par le trajet parcouru par le déférent, entre la paroi antérieure de l'abdomen, jusqu'aux vaisseaux iliaques externes.

Segment pelvien. — Après avoir croisé les vaisseaux iliaques externes et le filet crural du génito-crural il pénètre dans le petit bassin. Là, il longe d'avant en arrière la face latérale de la vessie, jusqu'au point où l'uretère pénètre dans la vessie. Il croise l'uretère au-dessus de lui, et se porte alors en dedans, pour venir s'accoler à la face postérieure de la vessie.

Jusqu'à son contact avec l'uretère, le canal déférent traversait le tissu cellulaire de l'espace latéro-vésical. Ensuite, il fait partie de l'espace recto-vésical.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

L'âge, le sexe paraissent exercer une influence non douteuse sur le développement spontané des péricystites. Bien qu'on en trouve à tous les âges, le plus grand nombre d'observations s'y rapportant intéresse plus particulièrement les jeunes gens, avec fréquence surtout marquée entre 22 et 25 ans. C'est ainsi que dans la thèse d'agrégation de Bouilly en 1880, qui comporte une quarantaine d'observations, il est curieux de noter que presque toutes commencent par ces mots : « Jeune homme. — Jeune soldat. »

Cette affection est aussi plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Les péricystites peuvent avoir à leur origine différentes causes que nous allons passer en revue.

Certains auteurs sont disposés à rapporter les inflammations du tissu cellulaire pré et péri-vésical à des troubles digestifs, et ils admettent volontiers à l'origine de cette infection un point de départ cæcal. Ils invoquent à cet égard la constipation opiniâtre, qui aurait précédé la formation du phlegmon. La stase et les fermentations qui s'ensuivent suffisent à expliquer ceci, car comme l'ont montré les travaux de Gérota, il existe des anastomoses entre les lymphatiques de l'intestin et les lymphatiques prévésicaux. L'infection se ferait par leur intermédiaire. On rapporte à ce processus infectieux les cas observés dans la typhoïde et l'embarras gastrique simple. On peut également expliquer de la même

manière, les péricystites survenant à la suite d'une affection appendiculaire. Ici, toutefois, on peut en donner une autre explication : L'infection appendiculaire subaiguë, le plus souvent, retentit sur le péritoine, et provoque une péritonite plastique; celle-ci, par des liens nombreux et étroits, rattache l'organe malade à la paroi abdominale. Dans ces liens, dans les fausses membranes, s'établissent des voies anastomatiques vasculaires et lymphatiques qui relient la circulation viscérale à la circulation pariétale. La localisation peut être basse, et peut se produire aussi bien dans le tissu péricystique. L'infection intestinale est le plus souvent à l'origine des péricystites chez les enfants.

La blennorrhagie prend une plus grande place dans l'étiologie des péricystites suppurées; et il est facile d'en concevoir les différents mécanismes. Tout d'abord, la blennorrhagie a pu être à l'origine d'une vésiculite, cystite, prostatite, qui, par propagation de proche en proche, pourrait venir infecter le tissu cellulaire prévésical. Cependant, pour Duplay, la blennorrhagie pourrait bien avoir une influence générale sur l'organisme et favoriser ainsi la production du plegmon hypogastrique :

« J'ai souvenir, écrit-il, d'avoir vu un malade atteint, dans le cours d'une blennorrhagie, d'une inflammation suppurative du tissu cellulaire prévésical, exactement limitée à la région hypogastrique, et qui ne présentait pourtant aucune complication inflammatoire au niveau de son appareil génito-urinaire. »

Puisqu'il est admis qu'au cours d'une blennorrhagie le gonocoque peut émigrer de l'urètre et aller se localiser au niveau des articulations où il peut manifester sa présence par une suppuration, il est permis de supposer que, de la même manière, il peut se localiser dans le tissu prévésical, et, par suite, donner naissance à une péricystite.

La cystite aiguë en sera aussi quelquefois le point de départ, mais les causes les plus fréquentes des péricystites doivent être représentées par les cystites chroniques.

La cystite chronique, compliquant le plus souvent l'hypertrophie de la prostate ou le rétrécissement de l'urètre, donne lieu à une inflammation périvésicale, qui, le plus souvent, reste à l'état d'induration, mais parfois peut suppurer et donner naissance à de volumineux abcès. Legueu, dans le *Journal d'urologie* du mois de février 1928, rapporte quatre observations des péricystites suppurées diffuses; il note d'ailleurs en passant la rareté de ce genre d'affection.

Dans tous les cas, dit-il, on note un rétrécissement urétral; aussi a-t-il pensé que la périurétrite antérieure était un accompagnement habituel des phlegmons prévésicaux.

Quant aux péricystites d'origine prostatique proprement dites, d'après Segond, elles sont très rares, puisque sur 102 cas observés d'abcès périprostatiques, il a noté seulement deux cas de propagation au tissu péricystique de la cavité de Retzius. Cet état de chose s'explique anatomiquement, grâce aux rapports de la prostate elle-même. Il existe, en effet, des brides en haut (ligaments pubio-vésicaux) et sur les côtés (replis pubio-rectaux) qui sont une barrière à l'infection. Elle pourra quelquefois franchir les limites latérale et supérieure de la loge prostatique.

Donc, en général, les prostatites auront une propagation du côté du rectum.

C'est dans les cas de dégénérescence adénomateuse que la prostate prend une large part dans l'étiologie des péricystites. D'après M. le Professeur Pousson, les péricystites suppurées seraient, dans 76 p. 100 des cas, engendrées par les cystites des rétrécis et des prostatiques.

Du fait de l'hypertrophie, dont elle en est le siège, la prostate pousse le col vésical vers le haut, de telle sorte que la vessie ne peut plus se vider complètement. La présence de ce bas-fond entraîne nécessairement un sédiment d'urine, qui, généralement, à la suite de sondages répétés, s'infecte. La paroi vésicale y prend part, et de proche en proche, la péricystite s'installe; cette propagation peut se faire également par les lymphatiques, dont la disposition s'y prête. Les

lymphatiques de la vessie partent, en effet, de la muqueuse vers la musculuse, pour ensuite converger, les antérieurs aux ganglions iliaques externes, les postérieurs aux ganglions hypogastriques et aux ganglions situés à la bifurcation aortique.

En pareil cas, nous aurons affaire à une péricystite chronique qui, d'après Avercenq, est toujours une découverte d'autopsie, mais qui est susceptible de s'enflammer et de se compliquer alors de suppuration.

On a observé aussi, dans les suites de couches, des péricystites suppurées, et différents auteurs en ont rapporté plusieurs cas. En général, chez la femme, la tumeur phlegmoneuse de la cavité de Retzius, n'est souvent pas autre chose que la propagation d'un phlegmon du ligament large ou du tissu cellulaire de la fosse iliaque, consécutifs à l'accouchement.

Enfin, on trouve encore comme point de départ des péricystites certains traumatismes.

A ce sujet, il faut distinguer le traumatisme intéressant l'abdomen, et laissant la vessie intacte, du traumatisme intéressant l'abdomen et la vessie.

Dans le traumatisme sans lésion de la vessie, le sang, le pus, les matières fécales, entraînés par la pesanteur dans le cul-de-sac rétro-vésical, provoquent une infection de cette région, qui, par contiguïté, s'étendra d'abord au tissu péri-vésical, puis à la cavité de Retzius.

A l'occasion de 5 cas de péricystites suppurées que l'auteur a pu observer de 1914 à 1923, et dont il en rapporte les détails, Arthur L. Chulte présente quelques conclusions sur la pathogénie.

Dans ces 5 observations décrites par Chulte, quatre fois l'infection suivit un traumatisme de l'urètre postérieur, et une fois une cystostomie sus-pubienne.

On a encore cité comme cause occasionnelle de ces supurations le froid, et certaines observations relatent l'exemple d'un ivrogne s'endormant le ventre sur la terre humide,

et qui, quelques jours après, présentait l'affection que nous décrivons. L'explication en est sans doute la congestion et la rétention, mais il faut admettre qu'il existe préalablement une infection urétrale profonde, et que ce serait, en somme, une réactivation de l'infection.

Quant aux agents pathogènes, qui peuvent y participer, on en a trouvé de toutes sortes. Il semble que ce soit le gonocoque qui soit le plus souvent en cause, mais ce n'est qu'une impression, car la gonococcie étant le plus souvent très ancienne, il est difficile d'y retrouver le germe.

Par ordre de fréquence, le saphylocoque, le colibacille, le streptocoque, les bacilles constituant la flore intestinale, et parfois même, les gangréneux, perfringens et œdématiens, ont été retrouvés à l'examen du pus contenu dans ces poches pré et périvésicales.

CHAPITRE III

EVOLUTION ET EXTENSION DE L'ABCES

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, les différents points de départ des péricystites suppurées. Nous allons étudier maintenant par quels mécanismes les infections existant à ces différents points peuvent arriver à se localiser dans les cavités prévésicales ou périvésicales, et comment on peut les voir apparaître à l'orifice inguinal.

A cet effet, considérons d'abord les abcès, qui, sous les influences nombreuses que nous avons examinées précédemment, se collectent d'emblée dans la cavité de Retzius.

La tumeur purulente se constituera sous la forme d'une pyramide à sommet supérieur, limitée par l'arcade pubienne, les arcades de Fallope en bas, et latéralement par les artères ombilicales et épigastriques, délimitant ainsi une espèce de triangle, apparaissant à travers la région abdominale. Le pus, continuant à se former, l'abcès péricystique aura une tendance à l'extension; les sorties normales se feront alors le long de la paroi abdominale et, par suite, par les orifices naturels du bassin. C'est ainsi que le pus apparaîtra sans difficultés à l'anneau inguinal, et sa quantité augmentant sans cesse on pourra même voir la fusée purulente sortir par l'anneau crural, le trou obturateur, et même la grande échancrure sciatique. Suivant l'orifice emprunté, les fusées apparaîtront à des endroits différents, et dans le cas qui nous intéresse, le pus suivra le canal inguinal pour venir aboutir à la racine des bourses, et quelquefois plus bas.

Mais c'est là le résultat des collections purulentes anté-

rieures; voyons maintenant si les collections postérieures peuvent également venir se faire jour au canal inguinal. Le plus souvent, cette infection du tissu périvésical postérieur agira sur les tissus environnants, et la prostate elle-même pourra être gagnée par le processus inflammatoire. Par la suite, il en sera de même de la vésicule séminale, de son tissu ambiant, et, en poursuivant, du tissu périphérique du canal déférent. Dès lors, c'est chose facile à imaginer, que l'infection augmentant sans cesse, et empruntant les enveloppes de ce même canal, puisse arriver jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe. L'observation III, que nous avons empruntée à Reliquet, démontre pleinement ces faits.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que l'infection parte de la vésicule séminale, le canal déférent pouvant être atteint directement au cours de son trajet de la vésicule séminale à l'anneau inguinal externe.

CHAPITRE IV

• DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

I. — *Diagnostic en général.*

Il est surtout intéressant d'établir le diagnostic des péri-cystites en général, car, indépendamment de l'évolution, la symptomatologie est la même.

Nous allons diviser cette étude en deux périodes :

- a) Période de début;
- b) Période d'état.

a) PÉRIODE DE DÉBUT.

La phase prémonitoire est faite de symptômes abdominaux et généraux. Il est rare qu'apparaissent des signes objectifs.

Les signes abdominaux peuvent être variables et consister en une douleur, soit sourde, soit vive, dans la région hypogastrique, en une pesanteur abdominale, ou encore en une lourdeur rétro-pubienne. L'intestin paraît également y être intéressé, et c'est ainsi qu'on note, suivant les cas, soit de la constipation opiniâtre, soit de la diarrhée. Il peut même y avoir des vomissements. Comme phénomènes généraux, seule la perte d'appétit est à noter.

Il peut aussi y avoir une réaction fonctionnelle sur l'appareil urinaire, mais ce signe est très inconstant. La température, à cette période, est assez rare,

b) PÉRIODE D'ÉTAT.

C'est à cette phase qu'apparaissent les signes objectifs. Ils sont uniquement caractérisés par la présence dans la région hypogastrique d'une tuméfaction qui apparaît du troisième au dixième jour après le début. Cette tuméfaction est plus ou moins saillante; affectant la forme d'un triangle, elle se termine en pointe à hauteur de l'ombilic, et s'élargit en bas, débordant plus ou moins la ligne médiane. Lorsque la fusée purulente se sera produite, il sera possible de voir une tumeur de volume variable au niveau des bourses. Les téguments sont à peine changés, il n'y a ni rougeurs, ni altération cutanée, seulement un peu d'œdème, et encore pas toujours.

La douleur fait son apparition dans ce stade de la maladie. Elle est spontanée et très vive, à tel point que parfois le malade marche courbé en deux.

Les troubles vésicaux observés consistent soit en une pollakiurie, soit, au contraire, une rétention. La dysurie est un symptôme peu fréquent.

La fièvre est constante, mais il est curieux de noter que, malgré ce gros foyer de suppuration, elle ne dépasse pas 38 degrés ou 38°5.

La palpation révèle un empâtement profond et de la fluctuation.

L'exploration est douloureuse dans le canal inguinal. Le cordon est plus gros que normalement, et il est pris en masse dans le canal inguinal, à tel point qu'il est presque impossible de différencier les différents vaisseaux du canal déférent.

II. — *Diagnostic différentiel.*

A la première période, les troubles intestinaux, accompagnés de vives douleurs, la constipation opiniâtre, et quelquefois l'incontinence rectale, peuvent faire penser à une

occlusion intestinale, mais il est rare cependant que les signes atteignent l'intensité qu'on a l'habitude de rencontrer dans ce syndrome abdominal.

On pourrait confondre également une péricystite suppurée avec une péritonite; cependant, les douleurs du phlegmon prévésical et de la péritonite sont bien dissemblables. C'est ainsi que dans le premier cas, la douleur est bien limitée et reste toujours circonscrite; d'autre part, les nausées et vomissements sont peu fréquents, contrairement à ce que nous rencontrons dans la péritonite. L'état général non plus n'offre pas d'emblée un caractère de gravité.

A l'apparition de la tuméfaction, il ne faudra pas confondre celle-ci avec une distension vésicale. Un simple cathétérisme suffira à enlever les doutes. Cependant, il pourrait exister un diverticule de la vessie ne se vidant qu'incomplètement par le sondage et, dans ce cas, le diagnostic est évidemment plus délicat.

Il est inutile d'établir un diagnostic différentiel entre la péricystite suppurée et les tumeurs pouvant se développer dans le petit bassin, tels que fibromes utérins, kystes de l'ovaire, hématocele péri-utérin dont chacune se traduit en général par des signes propres ne permettant guère la confusion.

A une période plus avancée, au moment où le phlegmon, ayant pris de grosses proportions, a poussé des fusées vers l'orifice inguinal, et a commencé à envahir le canal inguinal, il ne faudra pas confondre la tuméfaction avec une adénite rétro-crurale ou inguinale, ou encore avec une appendicite suppurée ayant évolué insidieusement chez un vieillard. La confusion peut encore être faite avec une hernie étranglée. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit au cours de l'examen, dans notre observation I.

C'est une erreur très facile à commettre, mais de toutes façons, il sera facile de la réparer puisque, dans les deux cas, l'intervention sera nécessaire.

Chez la femme, on peut également confondre les péricys-

tites à évolution inguinale avec différentes affections, d'ailleurs assez rares, mais qui méritent cependant d'être relatées ici.

Ce sont d'abord les kystes du canal de Nück, qui se présentent sous la forme de tumeurs sphériques, tendues, rénitentes et mobiles.

En général, ils existent depuis fort longtemps, sans que la malade en ait ressenti quelque gêne.

Les kystes de la glande de Bartholin et les bartholinites, qui ont leur siège dans la grande lèvre, n'intéressent pas le ligament rond.

III. — *Traitement.*

La conduite à tenir en pareil cas est facile à énoncer : Intervention chirurgicale. En effet, si dans nos observations et dans les rapports publiés par de nombreux médecins, on a vu ces abcès évoluer vers la résolution, nous estimons qu'il ne serait pas prudent d'attendre cet événement, car nombreux sont aussi les cas où la propagation s'est faite au péritoine et où le malade est mort d'une péritonite généralisée.

Dès qu'il y aura présence de pus, il faudra donc ouvrir, et la suite, éviteront toute nouvelle infection, et la guérison viendra très vite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGÉY)

Cystite et périscystite, suppurée à évolution inguinale.

Le 26 avril 1932, D... (Jean), âgé de 57 ans, entre à l'Hôpital du Tondu, parce que, depuis trois jours, il ne peut plus uriner. On trouve à l'examen une vessie distendue, un canal infranchissable.

Son état général est très atteint et, depuis deux jours, le malade souffre de douleurs vives abdominales, qu'il appelle coliques.

Une volumineuse tumeur inguino-scrotale occupe la partie droite. Elle est tendue, non réductible, et semble être d'origine abdominale. Le cordon fait corps avec la tumeur, il ne peut être isolé et il est très douloureux au niveau de l'anneau inguinal externe. La tumeur est régulière, tendue, rénitente; on a l'impression très nette d'une hernie étranglée.

Le malade déclarant avoir depuis longtemps une hernie inguino-scrotale, on croit à la présence d'une hernie étranglée provoquée par les efforts faits pour uriner.

Dans les antécédents, on note une urétrotomie externe faite par M. le Professeur Pousson, il y a une vingtaine d'années. Depuis lors, aucune dilatation n'a été faite.

Intervention. — On fait une cystostomie, et, par la bouche,

il sort environ 3 litres d'urines laiteuses, purulentes, d'odeur très fétide. On met une sonde hypogastrique et on ferme. On s'attaque ensuite à ce qu'on croyait une hernie. L'incision inguino-scrotale fait découvrir un cordon sain, mais au-dessous existe une poche contenant un liquide purulent identique à celui trouvé dans la vessie. Il y avait eu perforation vésicale. On draine par une incision dans la partie inférieure du scrotum. Les suites opératoires sont très bonnes, et le malade sort guéri de l'hôpital, un mois environ après son opération.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

*Péricystite suppurée, fistulisée dans la région hypogastrique
et au niveau du scrotum.*

Le 6 mai 1932, J... (Mariano), âgé de 66 ans, entre à l'Hôpital du Tondu, salle C, lit 8, dans le service de M. le Professeur Duvergey. Ce malade a remarqué, depuis quelque temps, la formation d'une tuméfaction dans la région hypogastrique gauche, se prolongeant jusque dans les bourses, du même côté.

Cette tuméfaction, constituée par une collection purulente, s'est ouverte à l'extérieur, sur la face latérale de la vessie, et au niveau du scrotum, où existent deux fistules. Le malade présente, en outre, de la rétention. On essaie le cathétérisme, mais le canal est infranchissable; au toucher rectal, la prostate est normale.

On essaie une cystostomie au siège habituel, mais on tombe sur un tissu cicatriciel scléreux, d'une dureté extrême, sur lequel on ne peut agir.

On referme à cet endroit, et on entre dans la vessie, par le trajet fistuleux.

Vessie de très petite capacité, d'où il sort des urines purulentes et fétides. On met une sonde à demeure.

Peu à peu, tout s'arrange, et le 26 mai 1932, le malade sort de l'hôpital avec une sonde définitive.

OBSERVATION III.

(RELIQUET, *Union médicale*, 1877.)

Péricystite à évolution inguinale. Guérison par résolution.

Hernie consécutive.

Jeune homme atteint d'hypersécrétion des glandes de l'urètre. Tout à coup, pollakiurie, puis ensuite rétention. Au-dessus de l'arcade crurale droite, empâtement profond. Exploration douloureuse du canal inguinal. Le cordon est plus gros que du côté opposé. Le cordon est pris en masse dans le canal inguinal et au delà, jusqu'à deux travers de doigt de l'épididyme. Au niveau de l'anneau inguinal externe, douleur vive. La tunique vaginale contient une certaine quantité de liquide. Le gonflement envahit l'épididyme en masse, et la tunique vaginale, distendue par le liquide, provoque une douleur caractéristique. La pose de sangsues amène la résolution.

Deux mois après, le malade revient avec une hernie inguinale droite.

OBSERVATION IV.

(In thèse BOULLY.)

Phlegmon sus-pubien, étendu à l'anneau inguinal.

Homme de 29 ans, cordonnier. Entre à Laënnec pour douleur et tuméfaction au-devant du pubis, survenu sans cause appréciable. Cette tumeur, qui occupe la région sus-pubienne, est limitée en haut par un bourrelet transversal situé à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus, du pubis. En bas, elle vient traverser l'extrémité inférieure du canal inguinal et descend jusqu'à la racine de la bourse, sur le côté de la verge. Une incision donne issue à du pus, qui augmente, quand on appuie au-dessus du pubis. La cavité paraît être rétrécie au niveau de l'anneau inguinal (cavité en bissac). Trois semaines après l'incision, le malade s'en va guéri.

OBSERVATION V.

(In thèse BOUILLY.)

Abcès prévésical fusant par l'anneau inguinal.

Femme âgée de 24 ans. Présente, à sa cinquième grossesse, un relâchement de la symphyse pubienne. Douleurs dans le bassin et les cuisses, à partir du cinquième jour après l'accouchement. Le quinzième jour, température à 39°3. Prostration et nausées. La pression au niveau du pubis détermine une douleur vive. On la sonde pendant quelques jours. On évacue, alors quelques centimètres cubes de pus du mont de Vénus, puis, trois jours plus tard, une même quantité au niveau de la grande lèvre qui en a été infiltrée. La malade se lève au bout de trois semaines. Guérison complète.

OBSERVATION VI.

(In thèse SEGOND, Paris, 1880.)

Suppuration périprostatique et prévésicale.

Fusées multiples vers la région inguinale. Péritonite. Mort.

Malade de 66 ans, présentant un rétrécissement urétral. Depuis trois ans, au moment où il commence à pisser, douleur constante et vive. Le jet s'arrête pour reprendre ensuite. Une marche un peu longue produit de l'hématurie. Besoins fréquents d'uriner (tous les quarts d'heure).

A son entrée, il présente une tuméfaction considérable au niveau de la région inguinale droite. On croit à une hernie. Région chaude non réductible. La tuméfaction a gagné le testicule droit. Mort.

Autopsie. — Au niveau du canal inguinal, vestiges d'une hernie ancienne. Au niveau de la région inguinale, le clavier se bifurque pour envoyer une de ses branches jusqu'à la partie la plus déclive de la bourse droite.

OBSERVATION VII.

(In SECOND.)

Prostatite blennorragique. Absès de la prostate, fusée vers l'anneau inguinal par l'intermédiaire du canal déférent.

Absès rétroprostatique de cause inconnue, développée chez un homme de 52 ans. Ouverture spontanée dans le rectum. Fusée le long du canal déférent, jusqu'au niveau du canal inguinal droit. Incision à ce niveau. Irrigations rectales et injections dans l'absès inguinal d'eau phéniquée. Guérison.

OBSERVATION VIII.

(Lyon chirurgica, 1924.)

Hypertrophie prostatique, absès rétrovésical avec fusées vers le rectum et le périnée.

OBSERVATION IX.

(TRUC et CABANAC, 1930.)

Le 10 mars 1927, le nommé V... (Emile), âgé de 62 ans, est opéré de cystostomie sus-pubienne, en vue d'une prostatectomie pour adénome, opération que l'on fera dans un deuxième temps. Ce malade avait une vessie infectée et distendue. Les suites furent normales. Son état cardiaque n'étant pas satisfaisant, la prostatectomie ne fut pas pratiquée.

Il revient le 12 novembre 1929. Son état général est déficient et il se plaint de douleurs dans l'hypogastre; il présente une tuméfaction dans l'aîne gauche.

A l'examen, les urines, qui s'écoulent par la fistule hypogastrique sont purulentes, et le tube de drainage est incrusté de sels calcaires.

La tuméfaction est un peu chaude, à peine douloureuse, fluctuante par endroits. Le malade prétend qu'elle se serait formée en dix jours. Le 13 novembre 1929, sous raché-anesthésie, on fait une incision perpendiculaire à l'arcade, qui donne issue à une grande quantité d'un pus fétide. Comme il existait une fusée purulente dans le canal inguinal, on pratique une contre-ouverture à cet endroit.

Pansement au Dakin. Un mois après, guérison. Cependant, du côté opposé, reprise des mêmes phénomènes. Les symptômes étant peu marqués et peu alarmants, on attend, et le quatrième jour, ouverture spontanée dans la fistule hypogastrique.

CONCLUSIONS

Dans ce travail, après avoir fait un exposé anatomique sur les différentes aponévroses abdominales et sur le canal déférent, nous avons voulu montrer quels trajets pouvait emprunter la fusée purulente provenant de la cavité de Retzius ou de l'espace périvésical postérieur, pour venir se faire jour à l'orifice inguinal externe et emprunter ensuite le canal inguinal.

D'après cette étude, et en tenant compte des diverses observations que nous publions ci-après, nous pouvons conclure que, le plus souvent :

Les collections purulentes de la cavité de Retzius arrivent au canal inguinal en longeant tout simplement les aponévroses prévésicales antérieures;

Les collections purulentes localisées primitivement dans l'espace périvésical postérieur, empruntent le canal déférent. Par l'intermédiaire de sa gaine celluleuse, ce canal est envahi de proche en proche par l'infection qui, le suivant dans toute sa longueur, aboutit à l'orifice externe du canal inguinal.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 20 novembre 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

- AVERSENQ. — Des péricystites. Rapport présenté à la XIV^e session de l'Ass. franç. urologie, 1910.
- Les espaces périprostatiques et leurs abcès. XVII^e session de l'Ass. franç. urologie, Paris, 1913.
- AVERSENQ et DIEULAFÉ. — Aponévroses et espaces périprostatiques, suppurations périprostatiques. *Ann. mal. org. génit. urin.*, janv. 1911, p. 1.
- BALP. — Etude sur la cavité de Retzius et les ligaments larges. Thèse Lyon, juill. 1890.
- BARTH. — Phlegmon de la cavité de Retzius. *Bull. Soc. chir.*, Paris, 1883, p. 226 et suiv.
- BEAUVAIS (DE). — Abcès rétrovésical. *Union médicale*, 1878.
- BERNUTZ. — Des phlegmons de la paroi abdominale antérieure. *Arch. gén. méd.*, juin et juill. 1830.
- BLOT. — Abcès chronique de la cavité de Retzius, d'origine urétrale. Thèse Paris, 1894.
- BOECKEL (A.). — Phlegmon périvésical consécutif à un abcès développé dans une prostate adénomateuse. XX^e Congrès d'urologie, 1910.
- BOUILLY. — Cellulite pelvienne diffuse. *Arch. gén. méd.*, 1879.
- Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale. Thèse d'agrégation, 1880.
- BRAULT. — Contribution à l'étude des abcès de la fosse iliaque interne. *Revue de chirurgie*, 1893.
- BRUN. — Abcès de la cavité de Retzius pour appendicite. *Revue médic.*, 1897, et *Ann. mal. org. gén.-urin.*, 1897.
- CABOT CASE. — Pericystitis right pyonephrosis. New-England, *J. méd.*, 2020, 29 mai 1930.

- CASTEX (M. R.) et CAMAULE (H. F.) et BATTRO (A.). — Neuritis multiple de los nervios obturadores, pequeno ciatico y pudiendo interno por cellulitis aguda perivesical supurada. *Prensa med. Argent.*, 20 août 1927.
- CESTAN (E.). — Deux cas de phlegmon de l'espace prévésical de Retzius. *Toulouse médical*, 1900.
- CHARPY. — Organes génito-urinaires. Toulouse, 1890.
- CHAVANNAZ. — *Annales génito-urinaires*, 1897.
- CHUTE (A. M.). — Suppuratives pericystitis. *Boston Med.*, 1909.
- Some cases of suppuratives pericystitis. *J. urol. Balt.*, 1923.
- COTTE (Gaston). — Absès de la cavité de Retzius. *Gaz. hôpit.*, 29 avril 1903.
- CRABTREE (E. G.). — Suppurative pericystitis; report of 2 cases of unknown etiology. *Tr. am. genito-urin.*, Surgeons, 1927.
- CRESCENZI (C.). — Péricistite flemmonose primitive. *Arm. ital. di chir.*, Napoli, 1924.
- CULVER (H.) et BAKER (W. Y.). — Perivesical suppuration. *Tr. am. A. génito-urin.*, Surgeons, 1927.
- Perivesical suppuration. *J. urolog.*, juin 1928.
- CUNÉO. — *In* Robles. Thèse Paris, 1904.
- DELBET (Paul). — Anatomie chirurgicale de la vessie. Thèse Paris, 1893.
- Encyclopédie française d'urologie, 1921, t. IV.
- DELBET (Pierre). — Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891-1892.
- DESCROIZILLES. — Sur un cas d'abcès de la paroi abdominale. *Gaz. hôpit. Paris*, 1892.
- DROPPIN. — Contribution à l'étude de la cavité prévésicale. Thèse Paris, 1893.
- DUJARDIN. — Hémorragie de la cavité de Retzius. Soc. méd. hôpit., *Union méd.*, 1878.
- ESCAT. — Absès sous-ombilicaux d'origine urinaire. Ass. franç. urologie.
- FAURE et SIREDEY. — Gynécologie, 1928.
- FORGUE-MASSABIAU. — Nouveau traité de chirurgie et gynécologie de Le Dentu et Delbet, 1927.

- GÉRAUDIE. — Contribution à l'étude pathogénique des phlegmons de la cavité de Retzius. Thèse Montpellier, 1903-1904.
- GREENTEY (G.). — Suppurative pericystitis. *M. J. et Rec.*, 18 janv. 1928.
- GUYON. — Des phlegmons prévésicaux. *Gaz. hôp.*, 1879.
- Les collections liquides prévésicales. *Gaz. hôp.*, 1891.
- HALLÉ. — Des péricystites. *Ann. mal. gén. urin.*, 1892.
- HEURTOUX. — Phlegmon sous-ombilical. *Bull. Soc. chirurg.*, 1877.
- HOUSELL. — Sur les abcès de l'espace prévésical de Retzius. *Beiträge zur Klin. Chir.*, Helf, 1914.
- IMBERT. — Note sur la pathogénie des phlegmons de la cavité de Retzius. *Comm. au Congrès urologie*, 1902, p. 555.
- Journaux d'urologie (Revue)*, 1911, 1921, 1925, 1928.
- LABADIE, LAGRAVE et LE GUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1904.
- LE GUEU. — Phlegmon ligneux prévésical. *Comm. au XIII^e Congrès de l'Ass. franç. urol.*
- Le phlegmon diffus prévésical d'origine prostatique. *Journ. urol.*, 15 janv. 1913.
- *Bulletin médical*, 1914.
- Les péricystites phlegmoneuses diffuses. Infiltration d'urine de la loge sup. *Journ. urol.*, févr. 1928.
- LIEUTAUD (P. M.). — Les péricystites phlegmoneuses. Librairie L. Aruette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1929.
- LOHMANN. — Contribution de cas à l'étude des abcès et phlegmons du tissu conjonctif prévésical. Thèse Munich, 1896.
- MAISONNET (J.). — Urologie, t. VI du Nouveau traité de pathologie chirurgicale, 1933.
- MARRONNEAUD. — Thèse Bordeaux, 1922-1923.
- MARTIN. — Note sur un cas d'abcès de la cavité de Retzius. Thèse Paris, 1910.
- MÉRIEL. — Péricystite appendiculaire. *Comm. à la Société de médecine de Toulouse*, 1906.
- MEYER (S.). — Un cas de phlegmon diffus périvésical. *Journal d'urologie*, févr. 1929.
- MONTGERMON. — Thèse Toulouse, 1913-1914.

NOVÉ-JOSSERAND. — *Journal d'urologie*, 1914.

POSTINA. — Etude sur la propagation des abcès profonds de la région hypogastrique. Thèse Paris, janv. 1902-1903.

RELIQUET. — *Union médicale*, 1877.

ROBLES. — Contribution à l'étude des abcès prévésicaux. Thèse Paris, 1904.

RUOTTE. — Drainage périnéal des abcès de la couche de Retzius. *Arch. méd. pharmac. militaire*, t. III, n° 5, mai 1909.

TRUC et CABANAC. — A propos des péricystites suppurées. *Arch. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, mai 1930, p. 422.

VERLIAC. — Considérations anatomo-pathologiques sur les péricystites. Ass. franç. d'urol., Paris, *Procès-verbaux*, 1913, p. 241-244.

VERLIAC et FRUCHAUD-BRIN. — Péricystite phlegmoneuse diffuse. *J. urolog. médicale et chirurgicale*, Paris, 1920, p. 420-422.

VILAR (G.). — Périscistitis flemmonosa. *Semana med.*, 26 juill. 1928, p. 236-237.

— Pericistitis flemmonosa. *Rev. de especialid.*, août 1928.

